

## 腎悪性リンパ腫の1例

岐阜大学医学部泌尿器科学教室（主任：西浦常雄教授）

伊藤 康久・藤本 佳則・長谷川義和

長浜赤十字病院泌尿器科（院長：財津 晃博士）

鄭 漢 彬

長浜赤十字病院病理

竹田 俊男・松下 巖

## A CASE OF RENAL LYMPHOMA

Yasuhisa Ito, Yoshinori FUJIMOTO and Yoshikazu HASEGAWA

*From the Department of Urology, Gifu University School of Medicine**(Director: Prof. T. Nishiura, M.D.)*

Kanhin TEI

*From the Department of Urology, Nagahama Redcross Hospital*

Toshio TAKEDA and Iwao MATSUSHITA

*From the Department of Pathology, Nagahama Redcross Hospital**(President: A. Zaitzu, M.D.)*

A 74-year-old man was admitted to our hospital, complaining of gross hematuria and complete urinary retention.

Right nephrectomy and suprapubic prostatectomy were performed under general anesthesia.

On the second postoperative day, acute renal failure developed and peritoneal dialysis was begun. But, unfortunately he died the next day.

Pathological diagnosis was malignant lymphoma infiltrating to the perirenal and peria-adrenal adipose tissue.

**Key words:** Malignant lymphoma, Kidney

## 緒 言

悪性リンパ腫は全身的な疾患であり、泌尿器科領域においてはまれなものといわれている。今回われわれは、血尿と尿閉を主訴とした腎悪性リンパ腫の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 症 例

患者：C.K., 74歳. 男性

初診：1982年9月3日

主訴：肉眼的血尿および尿閉

既往歴：1968年脳出血にて左片麻痺

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：約2年前より、排尿困難にきづいていたが放置していた。1982年6月中旬頃より発熱があり、近医を受診していた。8月26日尿閉となり、某医受診し、長浜赤十字病院泌尿器科を紹介された。

現症：体格中等度、栄養良好、血圧182/132 mmHg 脈拍78/分、整、眼瞼結膜に貧血なく、眼球結膜に黄疸は認めず。頸部・両側腋窩・鎖骨上窩および鼠径部にリンパ節を触知しなかった。下腹部は膨隆しており、導尿にて、多量の凝血塊を排出した。導尿後の腹部は

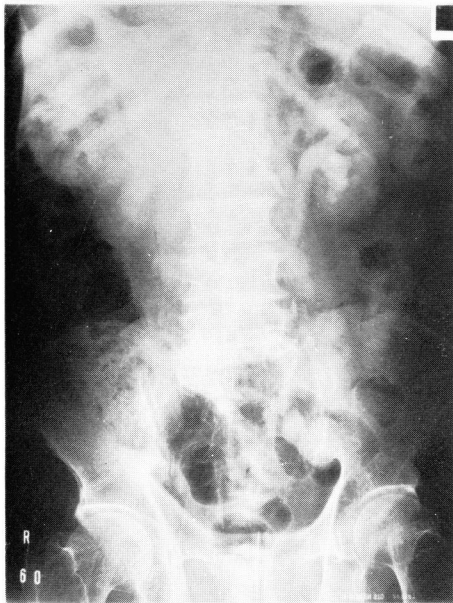


Fig. 1. 排泄性腎盂造影で右腎は造影されない

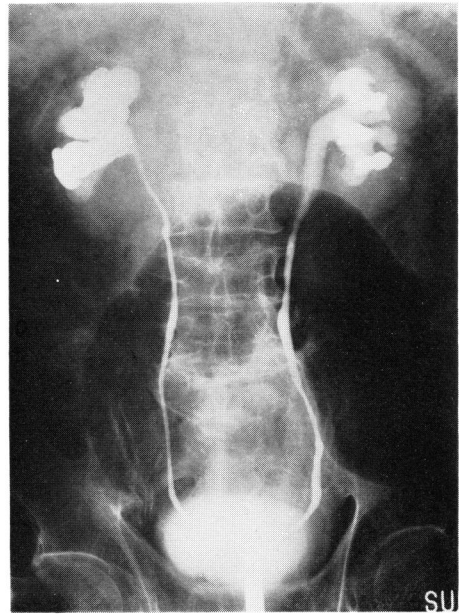


Fig. 2. 逆行性腎盂造影

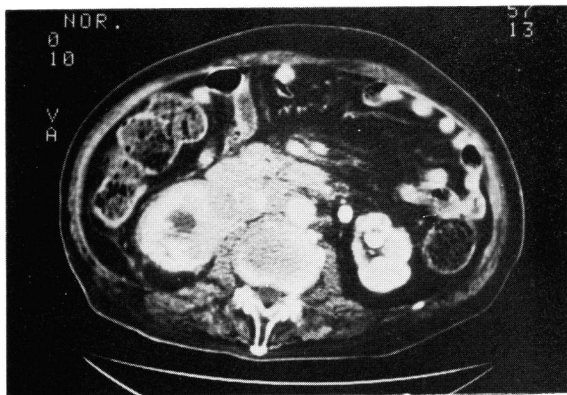


Fig. 3. 下大静脈に沿って low density mass が見られる。右尿管は腫瘍に圧迫され水腎症を呈している

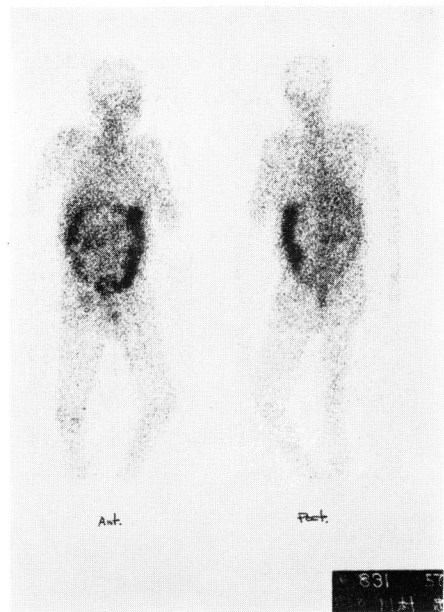


Fig. 4. <sup>67</sup>Ga シンチ. 肝よりやや下方の位置で正中よりやや右側に異常集積像を認める

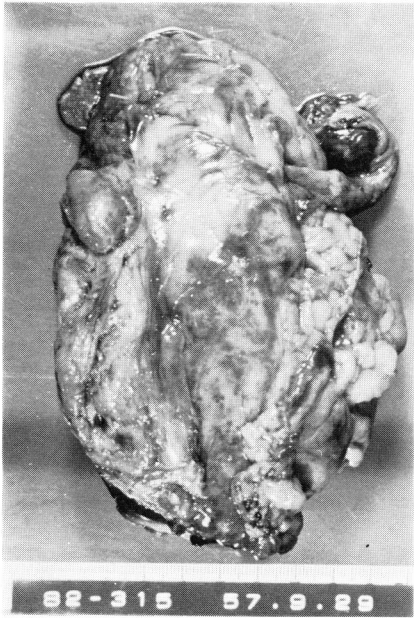


Fig. 5

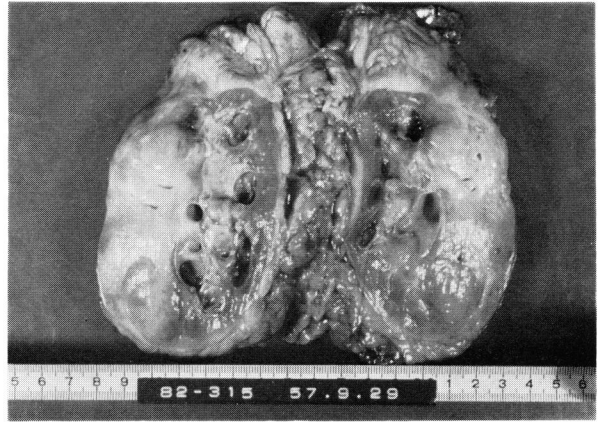
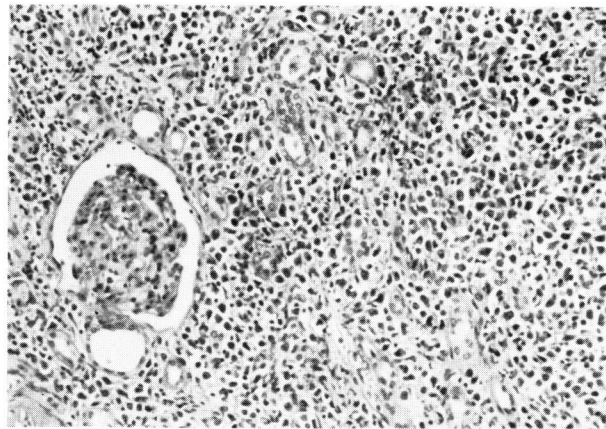
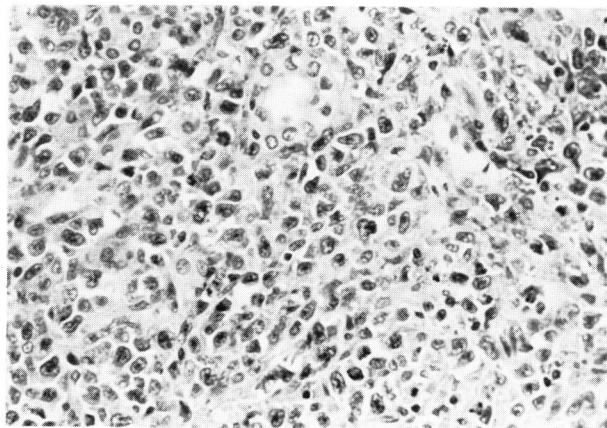


Fig. 6



×100



×200

Fig. 7

平坦だが、表面平滑で腫大した右腎下極を触知した。前立腺は鶏卵大・弾性硬・表面平滑で、圧痛はなかった。

入院時検査成績：末梢血液所見：赤血球  $436 \times 10^4 / \text{mm}^3$ ，Hb 13.1 g/dl，Ht 39.2%，血小板  $41.8 \times 10^4 / \text{mm}^3$ ，白血球  $8,300 / \text{mm}^3$ ，白血球像，Bas. 0%，Mo. 7%，Eos. 0%，Ly. 5%，St. 3%，Seg. 85%，異型リンパ球 0%。血液生化学所見：Na 133 mEq/l，K 5.3 mEq/l，Cl 103 mEq/l，BUN 48.5 mg/dl，creatinine 6.6 mg/dl，T.P. 7.4 g/dl，A/G 0.86，GOT 24 U/l，GPT 9 U/l，LDH 1481 U/l，Al-p 13.3 U/l，TTT 1.2 U，ZTT 7.7 U， $\gamma$ -GTP 33 mU，Ch-E 0.35 pH，Acid-p 2.1 U，PAP 0.4 U，梅毒反応（-）。尿所見：蛋白（+），糖（-），赤血球（+++），白血球 8~10/HPF，細菌（-）尿細胞診 class II。

PSP 排泄試験：2%（30分），14%（120分）

胸部レ線に異常は認めないが、心電図にて虚血性変化を認めた。

膀胱鏡所見：右尿管口の収縮は不良であったが、出血・腫瘤は認めなかった。膀胱頸部に前立腺中葉の突出が見られた。

レ腺学的検査：IVPにて左水腎症を認め、右腎は描出不良であった（Fig. 1）。逆行性腎盂造影では両側の水腎症を認めた（Fig. 2）。CT スキャンでは、右水腎症と、腎門部から下大静脈にかけて、異常腫瘤陰影が認められ、傍大動脈リンパ節への転移性病変も考えられた（Fig. 3）。 $^{67}\text{Ga}$ による腫瘍シンチでは、CT スキャンで見られた腫瘤への集積が認められた（Fig. 4）。また、逆行性尿道造影では、後部尿道の延長を認めた。

以上の所見より、右腎腫瘍および前立腺肥大症と診断した。

手術所見：膀胱内にバルーンカテーテルを留置し、腎機能の改善をはかった後（BUN 18.9 mg/dl，creatinine 2.5 mg/dl），1982年9月27日、全身麻酔のもとに、経腰的右腎摘出術および恥骨上式前立腺切除術を施行した。右腎は Gerota's fascia を含めて一塊に摘出したが、下大静脈への浸潤は認めなかった。

摘出標本は  $18 \times 8.5 \times 5.2 \text{ cm}$ ，重さ 165 g で、腫瘤は腎周囲脂肪組織と一部癒着していた（Fig. 5）。断面では、腎周囲脂肪組織から腎実質にかけて、びまん性に黄白色の硬化した部分が見られ、とくに脂肪組織は板状に肥厚・硬化しており、ところどころ結節形成もみられた（Fig. 6）。

病理学的所見：腫瘍細胞は比較的大型で、円形～卵

円形の核を有し、やや豊かな細胞質を有しており、大きさは比較的そろっている。病理組織学的に malignant lymphoma, diffuse, large cell type と考えられた。腫瘍細胞は、腎周囲脂肪組織から腎皮質一部髄質にかけて、増殖・浸潤しているが、皮質では、ごくわずかの糸球体を残すのみで、豊富な間質の増生をともなって増殖しているのが見られた。腫瘍細胞は、腎盂尿管移行部周囲の脂肪組織、副腎周囲脂肪組織にも浸潤しているのが確認された（Fig. 7）。

前立腺には悪性所見はみられなかった。

術後2日目より尿量が減少し、急性腎不全の診断のもとに腹膜透析を開始するも、翌日死亡した。

剖検はされなかった。

## 考 察

悪性リンパ腫が腎に浸潤することは、剖検時によく発見され、Richmond らは<sup>1)</sup>、696例の悪性リンパ腫の剖検例の33.5%に腎浸潤を認めたと報告している。

また、腎の悪性リンパ腫と言え、普通、悪性リンパ腫の腎浸潤のことをさし<sup>2)</sup>、腎原発の悪性リンパ腫は、Knoepp (1956)<sup>3)</sup>の症例を含め非常にまれである<sup>4)</sup>。実際、手術時に腎に限局しているように見えても、後に続発性とわかる症例もある。

今回のわれわれの症例は、肉眼的所見および顕微鏡的所見より、腎周囲脂肪組織か腎実質のリンパ装置からの発生も考えられるが、術後早期に死亡し、剖検も施行できなかったため、原発巣ははっきりしない。

悪性リンパ腫の初発症状としては、表在リンパ節腫大、全身倦怠感、体重減少であることが多い。腎浸潤時の局所症状としては、血尿・腎腫大、また尿路を閉塞すれば、腎機能障害～腎不全症状を呈することもあるが、なんら症状を呈さないことも多い<sup>5)</sup>。自験例では血尿と腎機能障害を認めたが、前立腺肥大症による腎機能障害も加味されていると思われた。

腎悪性リンパ腫の診断はむづかしく、Miller (1948) は、術前診断は不可能と述べている<sup>6)</sup>。しかし、最近では、超音波エコー、 $^{67}\text{Ga}$ による腫瘍シンチ、CT スキャンなどの総合画像診断により、より早期に診断できつつある。

$^{67}\text{Ga}$ による腫瘍シンチは、リンパ腫の診断に広く使用されており、陽性率が最大のものでは、Hodgkin's disease が77%と報告されているが、腎浸潤をおこしやすい non-Hodgkin lymphoma の陽性率は少し低い<sup>7)</sup>。しかし、Shirkhoda (1980) らは、腎悪性リンパ腫5例のうち、排泄性腎盂造影では3例に異常を認めたのみであるが、超音波エコーと $^{67}\text{Ga}$ による

腫瘍シンチを併用し、5例全例に異常を認めたと述べている<sup>9)</sup>。

腎悪性リンパ腫のCT値は、正常腎実質より小さく、水より高いと言われている<sup>9)</sup>。また、造影剤静注後の腎リンパ腫のCT値は30~60Hで、正常腎実質は80~120Hであったという報告もある<sup>10)</sup>。

Jafri (1982)らは、CTスキャンで、腹膜後腔リンパ節腫大をともなった腎実質内結節・腎浸潤・腹膜後腔病変による腎の巻き込みを認めたら、腎リンパ腫の可能性があると述べている<sup>11)</sup>。

自験例でも、CTスキャンで腹膜後腔リンパ節腫大をともなった、比較的low densityな腎腫瘤病変を認め、<sup>67</sup>Gaによる腫瘍シンチで同部に集積を認めており、retrospectiveに腎リンパ腫の可能性も示唆していた。

治療は、化学療法・放射線療法が主体であるが、腎リンパ腫は、悪性リンパ腫の晩期状態で、しかも臨床的に無症状のことが多いため発見が遅れることと、生検・腎摘出後の病理組織学的検索により、はじめて確定診断がなされるため、どうしても治療が遅れる傾向にある。このため、予後は非常に不良である。

## 結 語

腎腫瘍の診断のもとに、腎摘出術を施行するも、腎不全をきたして死亡し、病理診断により悪性リンパ腫と診断した1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告した。

## 文 献

- 1) Richmond J, Sherman RS, Diamond HD and Craver LF: Renal lesions associated with malignant lymphomas. *Am J Med* **32**: 184~207, 1962
- 2) Gibson TE: Lymphosarcoma of the kidney. *J Urol* **60**: 838~854, 1948
- 3) Knoepp LE: Lymphosarcoma of the kidney. *Surgery* **39**: 510~514, 1956
- 4) Silver SJ and Chang CY: Primary lymphoma of kidney. *J Urol* **110**: 282~284, 1973
- 5) Lalli AF: Lymphoma and the urinary tract. *Radiology* **93**: 1051~1054, 1969
- 6) Miller CO: Lymphosarcoma of the kidney: case report. *J Urol* **62**: 439~440, 1949
- 7) Turner DA, Fordham EW, Ali A and Slayton RE: Gallium -67 imaging in the management of Hodgkin's disease and other malignant lymphomas. *Semin Nucl Med* **8**: 205~218, 1978
- 8) Shirkhoda A, Stoab EV and Mittelstaedt CA: Renal lymphoma imaged by ultrasound and Gallium-67. *Radiology* **137**: 175~180, 1980
- 9) Rubin BE: Computed tomography in the evaluation of renal lymphoma. *J Comput Assist Tomogr* **3**: 759~764, 1979
- 10) Hartman DS, Davis CJ Jr, Goldman SM, Friedman AC and Fritzsche P: Renal lymphoma: Radiologic pathologic correlation of 21 cases. *Radiology* **144**: 759~766, 1982
- 11) Jafri SZH, Bree RL, Amendola MA, Glazer GM, Schwab RE, Francis IR and Borlaza G: CT of renal and perirenal non-Hodgkin lymphoma. *AJR* **138**: 1101~1105, 1982

(1983年4月14日受付)